

病児・病後児保育事業利用登録書

利用登録日 年 月 日

児童	ふりがな		男 女	生年 月日	年 月 日生 (歳 箇月)	
普段通っている施設名	電話 ()					
保護者	氏名	ふりがな 児童との続柄 ()		自宅電話 -		
	住所					
緊急連絡先	続柄	氏 名	電 話 番 号		勤 務 先 等	
	父		自宅 携帯		名称 住所 電話番号	
	母		自宅 携帯		名称 住所 電話番号	
			自宅 携帯		名称 住所 電話番号	
マイナ保険証 資格確認証	記号	番号	保険者番号			
かかりつけ の病院名	(1)	電話番号				
	(2)	電話番号				
●お子さんの状態について詳しくお聞きます。（当てはまるものに○を付け、又は記入してください。）						
生まれた 時の様子	在胎 () 週 ・ 体重 () g 分娩時の異常 ない ・ ある ()					
児童の 発 育	・首がすわる () 箇月 ・ おすわり () 箇月 ・ ひとり歩き () 箇月 ・人見知り () 箇月 ・ 母親の後追い () 箇月 ・発語（意味のある言葉） () 歳 () 箇月 栄養法 母乳 ・ ミルク ・ 混合 離乳食開始 ・ 前期 () 箇月 ・ 中期 () 箇月 ・ 後期 () 箇月					
予防接種	ロタウイルス	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
	小児用肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回	
	五種混合	未 ・ 【1期 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加】		三種混合	未 ・ 【1期 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加】	
	四種混合	未 ・ 【1期 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加】		BCG	未 ・ 1回	
	ポリオ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		水痘 (水ぼうそう)	未 ・ 1回 ・ 2回	
	MR (麻しん・風しん)	未 ・ 1期 ・ 2期		おたふくかぜ	未 ・ 1回	
	日本脳炎	未 ・ 【1期 1回 ・ 2回 ・ 追加】 ・ 2期				
これまでに かかった主 な感染症	1 突発性発疹 2 はしか 3 風 疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜熱 10 ヘルパンギーナ 11 結 核 12 肝 炎 () 型 (キャリアでない・ある)					
世帯状況 (該当する 番号に○を 付ける。)	1 生活保護世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)第14条の支援給付を受けている世帯（以下「生活保護世帯等」という。） 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯					
確認結果(記入不要)		1 生活保護世帯等 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯				

※利用登録の際には、別紙 同意書（様式第2号）を添付してください。